

AUTORISATION PARENTALE

ELEVE :

Nom :
Prénom :
Date de Naissance :
Classe :
Tel port :
Mail :

PARENT RESPONSABLE :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Tel :
Mail :

AUTORISATION A COCHER PAR LE PARENT RESPONSABLE

J'autorise mon enfant à :

- € Participer aux entraînements et aux compétitions de l'activité ci-dessous choisie, et de s'y rendre par ses propres moyens.
- € Utiliser le véhicule personnel d'un des enseignants accompagnateur en cas de distance longue à parcourir pour se rendre sur les lieux de compétitions

J'autorise les enseignants ou tout autre membre de la communauté éducative à :

- € Faire soigner mon enfant et / ou faire pratiquer toute intervention médicale et chirurgicale d'urgence nécessaire.

Je donne mon accord pour :

- € Que mon enfant soit pris en photo / vidéo lors des entraînements ou matchs prévus par l'AS
- € La diffusion de ces mêmes photos / vidéos dans un cadre strictement scolaire

COCHER L'ACTIVITE CHOISIE

- € VOLLEY-BALL (BRACQ) Mercredi 13H30 – 16h30 GYMNASSE G1 (JP RIVES)
- € BADMINTON (GRILLER) Mercredi 12H – 14H GYMNASSE POMPIDOU
- € BOXE EDUCATIVE (NOVAK) Mercredi 13H30 – 16H SALLE DE BOXE ANG (J BLOT)
- € MUSCULATION (NOVAK) Mercredi 13H30 – 16H SALLE MUSCULATION (J BLOT)
- € FITNESS / LIA (TOKOTO) Mercredi 13H30 – 16H SALLE MUSCU / DOJO (J BLOT)

CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE DE COMPETITION

Je soussigné(e).....Docteur en médecine, demeurant à certifie avoir examinéné(e) le et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique contre-indiquant la pratique des sports cités ci-dessus en compétition.
Fait à Le

Cachet et signature du médecin

DOCUMENTS A FOURNIR LORS DU PREMIER ENTRAINEMENT

- € 1 chèque de 27 Euros libellé à l'ordre de l'Association Sportive du Lycée Paul Lapie avec nom, prénom, et classe de l'élève au dos
- € 2 photos d'identité
- € Le présent document rempli et signé par les responsables de l'élève et le médecin

Mme Dalbin, Chef d'établissement

SIGNATURE DES PARENTS